

TRABAJOS DE REVISIÓN

Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud

Proposal of configuration dimensions of health promotion

Misleny Martínez Pérez^I; Giselda Sanabria Ramos^{II}; Rosibel Prieto Silva^{III}

^ILicenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Diplomada en Investigación en Salud. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

^{II}Doctora en Ciencias de la Salud, Especialista de Administración de Programas y Servicios de Salud. Profesora Titular. ENSAP. La Habana, Cuba.

^{III}Doctora en Ciencias de la Salud. Licenciada en Enfermería. Máster en Salud Pública. Asistente. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Se fundamenta la importancia actual de las acciones de promoción de salud para la consecución de metas superiores, su desarrollo cualitativamente superior a través de la transformación de su conceptualización, desde la década del 20 del siglo pasado hasta la actualidad, la que se ha fortalecido con un cuerpo teórico metodológico, que posee principios y estrategias propias que confluyen como referente insustituible para la salud pública. Se analiza y clasifica el marco epistemológico de la promoción de salud, a partir de los ejes temáticos postulados en la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986, y las subsiguientes, así como la unidad dialéctica entre ellas, en aproximaciones teóricas que se definen como dimensiones configurativas, como son: la conceptual, la filosófica, la política, la social y la cultural, que transitan desde una perspectiva compleja y profunda, cuyos nexos son insolubles, a la luz de los cambios socioeconómicos y políticos a nivel mundial. Los argumentos descritos demuestran que la promoción de salud constituye un arma de incuestionable valor para lograr mejores políticas de salud, y posibilita una rápida comprensión de la temática, la que constituye la tercera función esencial de

la salud pública, que ha pasado a ser parte de la agenda de las políticas públicas saludables, como la propuesta moderna de la promoción de salud.

Palabras clave: Promoción de salud, dimensiones, Ottawa, Sigerist, medicina preventiva.

ABSTRACT

The current significance of health promotion actions are emphasized to realization of higher goals, its qualitatively higher development through a transformation of its conceptual character from the twenties of last century up nowadays, strengthened by a methodological theoretical body having own principles and strategies converging as a irreplaceable reference for public health. The epistemology framework of health promotion is analyzed and classified from the thematic axis postulated in I International Conference of Health Promotion helded in Ottawa, Canada in 1986 and the subsequent ones, as well as the dialectical unit among them, in theoretical approaches defined as configuration dimensions including: the conceptual, philosophic, politic, social and cultural types going from a complex and deep perspective, whose links are indissoluble in the light of the socioeconomic and politic changes at world level. Arguments described show that health promotion is a weapon of irrefutable value to achieve great and better health politics, and also make available a fast understand of the subject matter, being the essential third of public health, becoming part of agenda of healthy public politics, like a modern proposal of health promotion.

Key words: Health promotion, dimensions, Ottawa, Sigerist, preventive medicine.

INTRODUCCIÓN

El concepto de la promoción de salud se encuentra en los tratados sobre salud pública desde los años 20 del pasado siglo, y se refiere a que la promoción de la salud *es un esfuerzo de la comunidad organizada para lograr políticas que mejorarán las condiciones de salud de la población y los programas educativos para que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure a todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y mejoramiento de la salud* (Winslow, 1920-1923).¹

En los años 40 se vuelve a proponer a la promoción de la salud como una de las 4 grandes tareas de la medicina (Sigerist, 1941 y 1946). La primera vez que se usó el término de promoción de salud fue en 1945, cuando *Henry E. Sigerist*,² gran historiador médico, definió las 4 grandes tareas de la medicina: 1) la promoción de la salud; 2) la prevención de la enfermedad; 3) el restablecimiento del enfermo; y 4) la rehabilitación. Él decía que *la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación*, y reclamó los esfuerzos coordinados de los estadistas y líderes del trabajo, de la industria, la educación y de los médicos con ese fin. Este

pedido se vino a repetir 40 años después con la Carta de Ottawa.³ La prestación de servicios de salud, bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad, suelen contribuir a la cohesión social y proporcionar una sensación de seguridad psicológica, al saber que se cuenta con los servicios en el momento en que se requerirán (*Terris M.*, 1997; *Núñez C.*, 1997).

Henry Sigerist, en 1945, adelantándose a los conceptos de medicina preventiva y niveles de prevención, la ubicaba como la primera de las 4 grandes tareas de la medicina (seguida de la prevención de la enfermedad, la reparación del daño y la rehabilitación). Años más tarde, bajo el concepto de *medicina preventiva*, se identifica a la promoción de la salud como el nivel más inespecífico y general de prevención de la enfermedad (*Menéndez E.*, 1998). Su ámbito de acción es, para *Leavell y Clark*, teóricos de la medicina preventiva, el período prepatogénico de la llamada *Historia Natural de la Enfermedad*.⁴ El paradigma que subyace en tal propuesta es el médico-preventivista. La enfermedad es la ruptura (derivada de algún estímulo patogénico) del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con (y en) el que interactúan (Maestría en Atención Primaria de Salud. ENSAP; 2000). La promoción de la salud, de acuerdo con esta visión, tiene que ver con el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o eliminación del contacto con el agente, y con acciones generales sobre el ambiente, que incluye lo social.⁵

Durante los años 70 el trabajo de demografía histórica de *Thomas Mc Keown*, resquebrajó la asunción tan extendida por los propagandistas del poder médico de que las mejoras históricas en salud se habían producido como consecuencia de descubrimientos científicos y su aplicación en poblaciones humanas (*Mc Keown*, 1976).⁶ Según evidenció *Mc Keown*, para Inglaterra y Gales, las mejoras en salud experimentadas por el descenso de la mortalidad ocurren en tendencias que no se afectan por los descubrimientos médicos como ley general. *Mc Keown* estableció las pautas que dieron origen a la idea de la acción intersectorial y supuso el inicio de la crisis del pensamiento médico que da origen a la llamada nueva salud pública.

En 1974 el *Informe Lalonde* estableció un marco conceptual que identificó los factores que parecían determinar la situación de salud: el estilo de vida, el medio ambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud. Desde entonces nuevos conocimientos apoyan, refinan y amplían las proposiciones del informe. En particular hay evidencias crecientes de que el aporte de la medicina y la atención médica curativa es muy limitado, y que invertir más recursos en esta no producirá grandes mejoras en la salud de la población.⁷

La promoción de la salud está intrínsecamente ligada a la triada que conforman la participación social, comunitaria e intersectorial, como política de salud y como política saludable de Estado que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad en salud. El enfoque de la promoción de la salud⁸ representa un proceso que habilita a los sujetos a través de la educación para la salud, a modificar el estilo de vida, para lograr el mejoramiento y/o control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, la mutua ayuda, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir, así como crear ambientes favorables a la salud en su microcontexto.

Es a partir de Alma Ata, en 1978, cuando empieza a hablarse de promoción de la salud, al principio como promoción primordial, como término que se diferenciaba del modelo medicalizado de *Clark* de prevención basada en la historia natural de la enfermedad, y que planteaba iniciativas previas a la prevención primaria, se trataba de actuar sobre las causas de las causas. La necesidad de un modelo de

intervención más amplia que la educación sanitaria, resultó obvio en aquellos años. La importancia de las políticas y su análisis para la acción sanitaria se ponen de manifiesto, hay un renacer de la percepción de la importancia del medio ambiente físico, social y cultural, junto con una reivindicación política de disminución de la asimetría en el sector salud, surgiendo la noción de empoderamiento, conocida en inglés como *empowerment*.⁹

La estrategia de Salud para Todos de la OMS, en 1978, supuso un cambio notable en esta agencia de Naciones Unidas, que desde su creación hasta mediados de los 70, estuvo dominada por el colonialismo médico.¹⁰ Es en el documento de Salud para Todos del año 1978, en el que aparece formalmente una llamada a la acción intersectorial como herramienta para ganar salud junto con los otros ejes de equidad, participación y reorientación de servicios.

En el año 1986 tuvo lugar la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, así como su producto tangible e internacionalmente conocido la Carta de Ottawa, pues en ese momento se llegó al consenso de adoptar el concepto de promoción de salud, que, aún hoy, tiene plena vigencia y ha sido validado durante la celebración de las posteriores conferencias celebradas. De forma más concreta, la promoción de la salud constituye una nueva estrategia dentro del campo de la salud y el ámbito social. Esta estrategia se puede considerar, por un lado, política, en tanto que está dirigida hacia la elaboración de planes de actuación concreta, pero por otro, como un enfoque que promueve la salud y está orientando hacia los estilos de vida. Así pues, la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables para modificar aquellos factores que impiden ponerlos en práctica.¹¹ Esta estrategia se ha resumido en la frase «conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir».

La promoción de la salud ha sido sintetizada a través de los principios generales de actuación siguientes: la promoción de la salud implica trabajar con la gente, no sobre ella; empieza y acaba en la comunidad local; está encaminada hacia las causas de la salud, tanto a las inmediatas como a las subyacentes; justiprecia el interés por el individuo y por el medio ambiente; subraya las dimensiones positivas de la salud, y afecta y debería involucrar, por tanto, a todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente.

La implantación de la estrategia de promoción de la salud, en su acepción amplia, suscitó críticas referentes a aspectos ideológicos y políticos. Particularmente ello fue notorio en los EE.UU., donde la distinción política de los conceptos de promoción (enfocado a aspectos conductuales individuales) y protección (más relacionado con efectos del ambiente sobre los individuos), redujeron el espectro de la promoción de la salud a la búsqueda de cambios en los estilos de vida. Los 2 acercamientos a la promoción de la salud, ubicados además bajo la tensión de dos modelos conceptuales contemporáneos sobre la salud-enfermedad: el epidemiológico-social y el socio-sanitario, fueron sometidos a debate en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa.¹² Ella afirma claramente que la promoción de la salud «va más allá de los estilos de vida, hacia las condiciones fundamentales y los recursos para la salud: paz, vivienda, justicia social y la equidad». La promoción de la salud en la actualidad se encuentra bajo la tensión de los paradigmas médico-preventivista, conductual-individualista y socio-político.¹³

Bajo el enfoque preventivo se guían la mayoría de las intervenciones de las instituciones de salud (en realidad de atención médica). Mantiene su vigencia, en la medida que salud pública sigue siendo conducida por los caminos de la medicina (ya sea preventiva o social), es decir, siempre referida al objeto enfermedad. Promover la salud, desde tal enfoque, significa realizar acciones de protección inespecífica para evitar enfermedades: saneamiento básico del medio, educación preventiva, favorecer prácticas individuales de higiene, control de riesgos, organizar la atención médica en niveles preventivos, romper la cadena epidemiológica, poner barreras contra agentes de enfermedad, prevenir, atender, asistir. Las evidencias de la efectividad de la aproximación preventivista se miden con indicadores de frecuencia de enfermedad, de asociación e impacto epidemiológico.

El enfoque conductual-individual, prioriza cambios en el comportamiento mediante intervenciones dirigidas a individuos, no abandona del todo un cierto énfasis sobre la enfermedad, pero mediante el concepto de estilos de vida saludables introduce un elemento que conduce el bienestar individual al ámbito de las relaciones de mercado: *para estar y mantenerse sano, hay que consumir estilos de vida individuales*. El estilo de vida sano fácilmente se vuelve una mercancía más a la que todos pueden aspirar, pero que no todos pueden adquirir. El estilo saludable es un «paquete» de satisfactores que pueden comprarse juntos o por separado, pero que para acceder a sus beneficios hay que ser, poder y tener.¹⁴

El enfoque que enarbola la acción colectiva, social, política y transectorial, afronta distintos retos para la vida humana surgidos de la creciente inequidad social y de la deuda sanitaria acumulada por los pueblos de América Latina. Se alimenta de los procesos de construcción ciudadana, del empoderamiento, del establecimiento de alianzas, de la búsqueda de la transformación social, de la equidad, del desarrollo humano sustentable, de la creación de oportunidades para vivir de manera saludable al alcance de todos, y del mejoramiento de la calidad de vida. Implica la creación de una cultura de la salud, a favor de la vida y los derechos universales de los seres humanos. Requiere del cambio en las condiciones de vida y de trabajo para hacerlas saludables. Se preocupa por la satisfacción a las demandas sociales básicas, entre ellas también la atención primaria de salud universal, y la participación social efectiva en la planeación, organización y evaluación de los servicios. Requiere de procesos de socialización del conocimiento, del fortalecimiento de los valores éticos, del respeto al otro y la tolerancia a las diferencias de la rotunda negativa a la exclusión social, y de la formación de un espíritu solidario y de servicio social entre los miembros de la colectividad. Encuentra formas de realización en los procesos de educación popular y de investigación-acción participativa.¹⁵

Luego de analizar algunos aspectos puntuales que constituyen hitos en la ontogénesis de la promoción de salud, podemos reflexionar sobre la interacción de los enunciados plasmados en las diferentes conferencias internacionales celebradas, desde un enfoque contemporáneo, lo que nos permite aceptar la unidad dialéctica entre ellas, y determinar las dimensiones que contribuyen a facilitar la discusión teórica y la práctica diaria.

Dimensiones configurativas de la promoción de salud

1. Dimensión conceptual.

No existe una sola disciplina científica de promoción de la salud. Dada la diversidad de estrategias que se emplean para promover la salud, el fundamento científico para la promoción de la salud se toma de una amplia gama de disciplinas, incluida la salud y las ciencias médicas, las ciencias sociales y conductuales, y las ciencias políticas. La promoción de la salud puede considerarse una disciplina integradora que utiliza un proceso sistemático, a fin de reunir diferentes perspectivas disciplinarias y lograr los resultados propuestos. El esclarecimiento conceptual de la promoción de la salud, sus principios y objetivos para la intervención como estrategia son definidos en la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud, que se efectuó en Ottawa,¹⁶ Canadá, en noviembre de 1986, en la que la OMS precisa: *La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.*

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. La promoción de salud se logra, fundamentalmente, con actividades educativas que desarrollen conductas encaminadas a conservar la salud, concertación intersectorial y la participación activa de la comunidad.

Esta conceptualización es fundamental para la evaluación de sus procesos y la identificación de las evidencias de su efectividad. Con referentes paradigmáticos distintos, los modelos de intervención en promoción de la salud no pueden ser sujetos a un mismo mecanismo de validación. No es lo mismo reconocer evidencias de efectividad de la promoción de la salud enmarcadas en una concepción médico-preventivista enfocada en la enfermedad, que bajo una visión orientada al consumo individual de estilos de vida saludables, al cambio de conductas, o referidas al desarrollo a escala humana, la lucha por la equidad, la calidad de vida y la acción sociopolítica transectorial. Los diversos paradigmas de la salud pública y de las ciencias sociales, determinan las interpretaciones y las prácticas de la promoción de la salud, y por ende, deben ser referentes explícitos en cada caso, para el estudio de las evidencias de su efectividad.

Por su parte, *Robertson y Minkler (1994)* señalan que se está dando una mayor apertura y más amplia dimensión conceptual a la nueva promoción de la salud.¹⁷ No obstante este notable avance en relación con el marco conceptual inicial que se tenía en este campo, los autores indican que es necesario crear espacios de análisis y reflexión crítica sobre las nuevas premisas y los nuevos retos de la promoción de la salud; por un lado para evitar la tiranía con que se identificó la etapa inicial de la promoción de la salud; y por otro, para que esta revolución conceptual no se quede solamente en el discurso profesional, sino que lleve a una verdadera transformación de la práctica de la promoción de la salud. En la próxima década la nueva promoción de la salud se enfrentará a fuertes desafíos, y las perspectivas de éxito en este campo dependen de lograr un alto grado de compromiso político con una amplia base social y de incrementar el apoyo, especialmente del sector salud.

2. Dimensión filosófica.

Desde sus propios albores el hombre estuvo sometido a situaciones que podían resultar dañinas o peligrosas para su integridad física, y aun cuando no pudiera elaborar ninguna conceptualización de esta situación, lo cierto es que necesariamente tuvo que acumular una determinada experiencia a partir de las situaciones en que se veía envuelto, e ir reconociendo los riesgos a que se exponía que eran causa de daños que tendría que aprender a reconocer y evitar. Los

filósofos de la antigüedad hablaron ya de que en el mundo todo cambia, se mueve, se desarrolla. Lo ejemplifican los razonamientos de *Heráclito*, materialista antiguo que pasó a la historia como gran dialéctico, consideraba que en el mundo todo se mueve gracias al principio primero infinito y al fuego eternamente vivo, por el cual se cambian todas las cosas.

En el siglo XIX, apoyándose en los adelantos del pensamiento filosófico, la ciencia y la práctica del movimiento revolucionario internacional, *Marx* y *Engels* crearon una filosofía expresiva de los intereses de las masas trabajadoras.¹⁸ La filosofía revolucionaria de *Marx* y *Engels*, al plantear el materialismo histórico como el instrumento metodológico idóneo para el análisis de la sociedad, analizan que en el desarrollo de la sociedad tienen lugar cambios evolutivos paulatinos y saltos cualitativos en los distintos ámbitos de la vida social: la ciencia y la técnica, los medios de producción y las comunicaciones, la concepción del mundo, etcétera.

Carlos Marx en el prólogo de la *Contribución a la crítica de la economía política*, planteó: «No es la conciencia del hombre la que determina su ser, sino por el contrario, el ser social es el que determina su conciencia». Así formuló *Marx*, en 1859, la tesis que constituye el punto de partida del materialismo histórico o de la concepción materialista de la historia:

- Ser social: se refiere a la esfera de la vida material de la sociedad, y ante todo, a la actividad productiva de los hombres, a las relaciones económicas que se forman entre los hombres en el proceso de producción (condiciones materiales de existencia de la sociedad).
- Conciencia social: consiste en la vida espiritual de los hombres, en las ideas, teorías, puntos de vista por los que ellos se rigen en su actividad práctica (es decir, opiniones políticas, concepciones del derecho y el arte, filosofía, religión y otras formas de ideología).

La conciencia social está determinada por el ser social, pero al mismo tiempo, tiene cierta independencia, y debe prestarse atención al gigantesco papel que desempeñan las tradiciones y costumbres en la conciencia de los hombres; así la salud rebasa lo personal, individual y aislado. Estos postulados filosóficos contribuyeron al desarrollo del pensamiento sanitario, lo que permite que en 1920 *Winslow* elabore el concepto clásico de salud pública antes mencionado,¹⁹ en el que se da una dimensión del alcance social de esta disciplina influida por variables sociales y se modifica por los cambios sociales, desde una doctrina viva, que capacita al individuo y lo lleva a resolver los problemas.

La promoción de salud es materialista y dialéctica, constituye una filosofía de trabajo para el salubrista, pues al proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella, se dirigen estos medios al ser social, para que aprecie y valore la salud como un producto social, que emana de las relaciones de producción, de la distribución equitativa de los recursos y de la voluntad política, y por ende, se fortalece la conciencia social, que se rige por leyes sociales y sigue de manera necesaria a la historia del ser social. Desde el punto de vista filosófico, la cultura de la salud incluye el conjunto de condiciones objetivas y subjetivas que intervienen en su desarrollo, pero sobre todo destaca la posición que asume el individuo sobre el sistema de influencias que existen en la sociedad y su cosmovisión de la realidad objetiva.

3. Dimensión política.

La política sanitaria es la declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles, y a otras presiones políticas. Suele ser promulgada mediante legislación u otras formas de normativas que definen la reglamentación e incentivos que hacen posible la prestación de los servicios y programas sanitarios y el acceso a estos últimos. La política sanitaria se distingue en estos momentos de la política pública saludable, por su preocupación primordial por los servicios y programas sanitarios. El progreso futuro de las políticas sanitarias podrá ser observado en la medida en que estas puedan llegar a definirse como políticas públicas saludables.

Como la mayor parte de las políticas, las políticas sanitarias surgen de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la salud pública basadas en la evidencia disponible junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos. Según la Carta de Ottawa, para promover la salud se requiere asegurar la igualdad de oportunidades, generar condiciones de estabilidad y desarrollo humano sustentable y responsabilidad social, para proporcionar a toda la población los medios que les permitan desarrollar al máximo su salud potencial.²⁰

La estrategia de promoción de la salud definida en Ottawa se orientó hacia: a) la construcción de políticas públicas saludables; b) la creación de ambientes sanos sustentables; c) el fortalecimiento de la acción comunitaria; d) el desarrollo de aptitudes personales; e) la reorientación de los servicios de salud. La Carta de Ottawa puso de relieve el hecho de que la acción de promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno. Por otro lado la Carta también enfatiza la necesidad de mejorar las oportunidades para que la gente pueda tomar decisiones sanas respecto a los factores específicos al suministrar información, educación para la salud y el reforzamiento de las propias capacidades. La carta afirma: *La política de la promoción de la salud combina diversos enfoques, pero complementarios entre sí, los cuales incluyen legislación, medidas fiscales, impuestos y cambios organizacionales.*

La II Conferencia internacional de Promoción de Salud, realizada en Adelaida, Australia, en 1988, hizo énfasis en las *políticas públicas saludables*, y en esa línea identificó 4 áreas de urgencia que atender: salud de la mujer, alimentación y nutrición, tabaco y alcohol, y creación de ambientes favorables. De esta Conferencia se desprende el término de Abogacía por la salud (*Advocacy for health*), que consiste en una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud (Informe de la Reunión entre Agencias sobre las Estrategias de Abogacía por la Salud y Desarrollo. Comunicación para el Desarrollo en Acción. OMS, Ginebra, 1995). Dicha acción puede ser adoptada por los propios individuos y grupos, y/o en su nombre, con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida sanos. La abogacía por la salud es una de las 3 grandes estrategias de promoción de la salud, y puede adoptar muchas formas, incluido el uso de los medios informativos y multimedias, la presión directa a los políticos, y la movilización de la comunidad, por ejemplo, a través de grupos de presión sobre cuestiones concretas. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel como defensores de la salud en todos los niveles de la sociedad.

4. Dimensión social.

En el siglo XVIII diversos médicos plantearon la necesidad de tomar en cuenta el punto de vista social en el tratamiento de los problemas de la medicina y la higiene. Resaltan *Johann Peter Frank*, en la antigua Alemania, quien planteó que «el hambre y la enfermedad están pintados sobre la frente de toda la clase trabajadora», y propuso crear un sistema con una política médica global; o los trabajos de *Bernardino Ramazzini*, en Italia, sobre enfermedades de los trabajadores, que le valieron el título de Padre de la Medicina del Trabajo; o *Louis Villerme*, en Francia; o *William Farr*, en Inglaterra; o *Salomón Neumann y Rudolph Virchow* en la antigua Alemania, que visualizaron la enfermedad como una resultante de los procesos sociales, económicos y políticos, lo que permitió socializar las causas de la enfermedad y señalar la necesidad de actuar sobre las causas primeras: distribución de la riqueza, acceso a los bienes y servicios básicos como la educación, el empleo, la vivienda, la ropa, la alimentación, el abrigo, la paz y la seguridad ciudadana. Así, la salud rebasa lo personal, individual y aislado, se vincula a lo económico, y corrobora la máxima de *Rudolph Virchow* de que la medicina es una ciencia social y la política es medicina en gran escala (*Rojas F.*, 2004).

Dentro del contexto de la promoción de la salud, esta no ha sido considerada como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. La acción de la Carta de Ottawa, destinada a crear ambientes favorables para la salud se centra, en gran medida, en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud a través de la colaboración intersectorial, que es reconocida como la alianza entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad, que se han establecido para emprender acciones en un tema, con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud de manera más eficaz, eficiente o sostenible, que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud, especialmente en aquellos casos en que el progreso dependa de decisiones y acciones de otros sectores como la agricultura, la educación y las finanzas.²¹ Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores, y con ello, un movimiento en la dirección de unas políticas públicas saludables y prácticas. Este proceso de atribución y reconocimiento mutuo de derechos y responsabilidades, así como la generación de mecanismos que permitan ejercerlo, contribuye enormemente al empoderamiento de la población. Una población empoderada actuará proactivamente a favor de su salud y bienestar, no solo demandando derechos, sino principalmente, porque será motor principal de las acciones orientadas a actuar sobre los determinantes de su salud, lo que se materializará con voluntad política.

La Carta de Ottawa identifica 3 estrategias básicas para la promoción de la salud, que son la abogacía por la salud, con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; así como mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en 5 áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:

- Establecer una política pública saludable.
- Crear entornos que apoyen la salud.

- Fortalecer la acción comunitaria para la salud.
- Desarrollar las habilidades personales.
- Reorientar los servicios sanitarios.

La promoción de la salud resalta la aplicación de estrategias, métodos y técnicas de educación para la salud, comunicación social y fortalecimiento de las experiencias, y procesos de participación social, y tiene por objeto extender lo que se entiende como expectativa de salud más allá de la ausencia de enfermedad, trastorno y discapacidad, hacia medidas positivas para crear, mantener y proteger la salud, centradas en la duración de la vida saludable.

5. Dimensión cultural.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y a modificar las condiciones socioculturales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud, y en consecuencia, mejorarla.²² Todo lo adquirido por el hombre con su esfuerzo en el proceso de su instrucción y educación, a diferencia de lo heredado, de lo dado biológicamente como en los propios frutos de su actividad, desde las construcciones técnicas (la llamada cultura material), hasta las obras de arte pertenecientes a la cultura artística, e incluyendo todas las esferas, diversas por su contenido, de la cultura espiritual, que abarca los valores de la ciencia, de la ideología, de la religión, de la moral, de la política, etc., puede decirse que forma parte de ese concepto de cultura en su más amplio significado. Se adopta esta concepción marxista de cultura como un concepto que lo abarca todo en la vida social. Todo lo que ha sido creado por el hombre y no ha sido tomado por él, preparado ya, de la naturaleza, puede ser concebido como cultura.²³

En este sentido habrá que tener en cuenta que cada cultura real es algo definido, de cualidad original, histórico-concreto. Al mismo tiempo, la comprensión de un fenómeno social como un fenómeno de la cultura, significa analizarlo en determinado aspecto dentro de una serie de fenómenos comparables y diferenciables entre sí. Debe entonces analizarse el fenómeno social del proceso salud-enfermedad como un fenómeno cultural; al hacerlo habrá que tener en cuenta los distintos aspectos integrativos de este fenómeno sociocultural, su historia, cultura y procesos de desarrollo. América Latina se abre al siglo XXI debiendo enfrentar satisfactoriamente un perfil epidemiológico en evolución, en el que los estilos de vida y los comportamientos sociales son trascendentales.

Los determinantes sociales son características específicas y vías por las cuales las condiciones sociales influyen en la salud, y son de extrema importancia para explicar la situación de salud y definir estrategias apropiadas de intervención. Es clara la relación que existe entre ambiente sociocultural y salud. Las relaciones sociales, la cultura, el barrio de residencia, el tipo y lugar de trabajo, el nivel socioeconómico, así como la raza y el género, entre otras, han sido variables estudiadas con alta influencia en salud.²⁴

El enfoque cultural en promoción de la salud reivindica la necesidad de desarrollar los valores de solidaridad y respeto, y las competencias y habilidades, en los prestadores de salud que permitan reconocer en la relación con «el otro», que son justamente las diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas las que componen el complejo telón de fondo sobre el cual se construyen los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones. Esto permitirá comprender, en su real

dimensión, las variables que afectan sus condiciones de vida y su estado de salud. Es en el diálogo cultural o intercultural que se determinarán acciones de mutuo beneficio.

Considerar a la promoción de la salud como elemento esencial para la construcción de una cultura de la salud, le hace partícipe de la dialéctica de externalización-objetivación-internalización, característica de los procesos sociales.²⁵ Construir participación social y comunitaria en salud, implica contribuir a la consolidación de una cultura de salud, con soporte de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos, en la que cada actor social participe responsablemente en favor del mantenimiento de la salud y del bienestar individual y colectivo.

Todas las acciones para promover la salud ocurren dentro de un contexto social.²⁶ Las estrategias aprobadas para tratar los factores determinantes de la salud deben adaptarse continuamente para asegurar su pertinencia social y cultural, y asegurar que su efecto aumente la equidad en materia de salud. Por tal motivo, la comunicación es una estrategia clave, destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y de multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva, así como sobre la importancia de la salud en el desarrollo; por lo que la comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

La OMS definió, en 1986, en la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud celebrada en Ottawa: "La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". El enfoque holístico de promoción de salud implica la necesidad de tratar el tema desde las políticas de Estado, para fomentar políticas saludables, participación comunitaria, social e intersectorial, visualizando al hombre como un ser social, con conciencia social, inmerso en los procesos sociales. Se realizó una revisión profunda de los contenidos de las conferencias internacionales de promoción de salud celebradas hasta la actualidad, y se propone como técnica pedagógica, para orientar el ejercicio profesional en este campo, ordenar los contenidos en dimensiones que configuran su tratamiento. Las definiciones terminológicas que se emplean aquí son el resultado de un análisis de la transmisión del conocimiento teórico y práctico en los escenarios de la APS. Se clasifican en dimensión conceptual, filosófica, política, social y cultural, que se fusionan para fortalecer el cuerpo teórico-metodológico de la promoción de salud, que constituye una función esencial de la salud pública, lo que permitirá al lector una mejor comprensión del tema y utilización de los modelos teóricos existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galeno C. Opera Omnia. Vol. VI. Citado por Sigerist H. En: Hitos en la Historia de la Salud Pública. Siglo XXI. México: Editorial Universidad de Monterrey; 1981.p.27.
2. Sigerist HE. Medicine and Human Welfare. New York: Editorial Yale University Press; 1946.p.127.

3. OPS/OMS. Promoción de la salud: conceptos y estrategias. Dra. Paulina Gómez. Documento del Curso de Promoción de la Salud organizado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). México D.F., 1992.
4. Castillo A. Investigación participativa: una introducción. México: UNESCO-CREFAL; 1985.
5. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 2000.p.48.
6. Dubos R. El espejismo de la salud. México: Fondo de cultura económica; 1975.
7. Illich I, Moritz J. Determinantes de salud. México: Planeta; 1984.p.23-9.
8. Mckeown T. The role of Medicine, dream, mirage or nemesis? México: Nuttfield Hospitals; 1982.p.34-6.
9. O'Donnell M. Definition of Health Promotion. American Journal of Health Promotion. 1986;1:4-5.
10. Lalonde M. Informe de Lalonde sobre el estado de salud. Determinantes del estado de salud. Canadá; 1974.p.33-58.
11. Buck C. Después de Lalonde: hacia la generación de salud. Boletín Epidemiológico de la OPS; 1984:10-6.
12. Álvarez A, Fariñas A, Bonet M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado 1º Junio de 2008.
13. Ministerio de Salud de Honduras. En: Promoción de salud y educación para la salud: retos y perspectivas en la promoción de salud y la educación para la salud en América Latina. Universidad de Puerto Rico; 1998.p.200.
14. Arroyo H. Informe de país. En: Promoción de salud y educación para la salud: retos y perspectivas en la promoción de salud y la educación para la salud en América Latina. Universidad de Puerto Rico; 1998.p.279.
15. Restrepo H. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover salud. Informe Técnico de la V Conferencia Mundial de Promoción de Salud. San Juan, Puerto Rico. Junio de 2000.
16. OMS. La promoción de la salud: conceptos y principios. Copenhague: Papeles Gestión Sanitaria; 1988.p.34-81.
17. Gómez M. Teoría y guía práctica para la promoción de salud. Introducción. Bibliothèque Nationale du Québec, Canadá; 1998.p.1-26.
18. Lenin VI. Tres fuentes y tres partes integrantes del marxismo. En: Marx K y Engels F. Obras Escogidas. Moscú: Editorial Progreso; 1989.p.19-23.

19. García F, Pérez A, García R. En torno al sentido de la vida. En: Lecturas de Filosofía, Salud y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.p.38-48.
- 20 . López Pardo C. Aprendiendo a vivir con la economía de la salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado 5 Junio de 2008.
21. OMS. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: World Health Organization; 1998.
22. Lugones Botell M. Los retos culturales de la salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado 4 Septiembre de 2008.
23. Rojas Ochoa F. El desarrollo de la economía global y su impacto sobre las políticas de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003; 29(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado 9 Octubre de 2008.
24. Kagán MS, Jolostóva TV. La Cultura, la Filosofía y el Arte. En: Textos Escogidos de Estética. Tomo I. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.p.139.
25. Japag JC , Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saúde Pública. 2007; 41(1): 139-49.
26. Aguirre del Busto R, Prieto Ramírez D. La cultura de la salud. En: Colectivo de autores. Lecciones de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.p.25-31.

Recibido: 28 de enero de 2009.

Aprobado: 28 de marzo de 2009.

Lic. *Mislenny Martínez Pérez*. Dirección Municipal de Salud. Varadero. E mail:
dmsvar.mtz@infomed.sld.cu mislenny.mtz@infomed.sld.cu